

tratamentos curativos. A avaliação periodontal permitiu verificar que a inflamação gengival se estendia a outros pontos das arcadas dentárias, além da zona da fenda. Após controle da doença periodontal, estabelece-se o tratamento ortodôntico, com o objetivo de alinhar a dentição e abrir espaços para erupção dos caninos inclusos – tração ortodôntica. A etiologia das fendas permanece desconhecida, tendo sido propostas associações entre fatores genéticos e ambientais. A sua prevalência significativa, e o fato de causar alterações orofaciais importantes, justifica que esta malformação deva ser estudada pelo médico dentista, que deve estar atento às suas complicações orais, para estabelecer um plano de tratamento atempado e adequado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.124>

C-35. Displasia Fibrosa Monostótica

Rita Peixoto*, Otilia Pereira-Lopes, Saul Castro, Jorge Dias Lopes, Germano Rocha, João Carvalho

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)



Introdução: A displasia fibrosa monostótica é uma doença fibro-óssea benigna caracterizada pela substituição gradual de osso normal por tecido fibroso imaturo, e que afeta apenas um osso. Em quase todos os casos são observadas deformidades que condicionam alterações estéticas e funcionais. O diagnóstico baseia-se nas características clínicas e radiográficas. Clinicamente, observa-se o aumento de volume indolor da área afetada. O envolvimento da mandíbula resulta frequentemente em expansão das corticais vestibular e lingual, no abaulamento da margem inferior e no deslocamento superior do canal alveolar inferior. A característica radiográfica principal corresponde a uma leve opacificação tipo “vidro despolido”, cujas margens não se encontram bem definidas.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, recorreu à consulta na FMDUP com o objetivo de harmonizar a sua assimetria facial, razão pela qual é atualmente seguida no Hospital de S. João. A história médica não revela alterações sistêmicas associadas. Clinicamente, observou-se uma tumefação indolor no lado esquerdo do terço inferior da face, presente desde a infância. No exame físico intraoral observou-se a presença de um canino maxilar temporário, uma expansão das corticais vestibular e lingual e um abaulamento da margem inferior da mandíbula, bem como complicações associadas, nomeadamente, limitação da abertura da boca e dor referida na região da articulação temporomandibular. Radiograficamente, observou-se uma zona radiolúcida e com limites mal definidos na zona do ângulo mandibular do lado esquerdo, bem como a presença de um canino maxilar incluso.

Discussão e conclusões: As características clínicas e radiográficas descritas neste caso clínico são compatíveis com o diagnóstico de Displasia Fibrosa Monostótica na mandíbula, contudo diagnósticos diferenciais devem ser considerados como: neurofibromatose tipo I, displasia osteofibrosa e fibroma ossificante. O tratamento de eleição é o conservador

quando não existe comprometimento estético ou funcional. No caso desta paciente, o plano de tratamento pressupõe o acompanhamento da paciente em áreas como a Medicina Oral, Ortodontia, Oclusão, e um contínuo acompanhamento pelo Hospital de S. João. O diagnóstico desta displasia nem sempre é estabelecido com facilidade. Devem ser consideradas todas as formas de diagnóstico – achados clínicos, radiológicos e histopatológicos – de forma a estabelecer o tratamento mais apropriado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.125>

C-36. Estomatite aftosa recorrente – a propósito de um caso clínico



Ana Sofia Monteiro Gomes*, Mariana Mestre, André Castro, Paula Vaz, José Mário Rocha

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A estomatite aftosa recorrente (EAR) é um dos distúrbios mais comuns da mucosa oral presente em indivíduos aparentemente saudáveis. Apesar das características clínicas serem bem definidas, a sua etiologia permanece inconclusiva, embora tenha sido sugerida associação a patologia sistémica. A afta recorrente menor é a variante mais comum da EAR, sendo caracterizada por úlceras superficiais circulares ou ovais, que não ultrapassam os 5 mm de diâmetro, dotadas de pseudo-membrana cinza-branca.

Caso clínico: A paciente LS, do sexo feminino, com 59 anos de idade, compareceu na Clínica de Verão da FMDUP com queixa de lesões ulcerosas orais associadas a dor e ardência. Na anamnese destacaram-se os seguintes aspetos: paciente com depressão crónica, gastrite, quistos pulmonares, artrose da anca e hérnia discal. Relativamente à medicação habitual, esta incluía Alprazolam, Lorazepam, Fluoxetina, Dosulepina, Lansoprazol, Propranolol, Aceclofenac, Etoricoxib e suplemento alimentar de probióticos e frutooligosacarídeos. Em exame clínico identificaram-se três úlceras aftosas, com cerca de 2 mm de diâmetro, localizadas na face ventral da língua e região interna do lábio e palpação positiva dos gânglios submandibulares. Após avaliação, foi-lhe solicitada ecografia ganglionar submandibular bilateral e prescrito Aloclair® Plus Spray e/ou Pyralvex® e um complexo multivitamínico, sendo também fornecidas indicações relativas à alimentação. Uma semana depois, verificou-se a remissão quase total das lesões e da palpação ganglionar positiva.

Discussão e conclusões: Neste caso específico, as úlceras orais podem constituir o resultado da conjugação de fatores de risco, como a xerostomia, a polimedicação e imunodepressão. O resultado ecográfico confirmou a natureza inflamatória das adenomegalias e excluiu outro tipo de patologias. A aplicação tópica prescrita, conjugada com a correção alimentar, possibilitou a remissão das úlceras. A medicação prescrita associada a adaptação do regime alimentar permitiu o tratamento das úlceras aftosas e a eliminação da queixa principal da paciente. A etiologia das EAR permanece inconclusiva, dificultando a instituição de terapia efetiva. Contudo, a persistência

de adenomegalias, sobretudo em pacientes ansiosos, não deve ser desvalorizada, devendo pesquisar-se a natureza das mesmas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.126>

C-37. Osteomielite - Caso clínico

Joana Saraiva Amaral*, Joana Xavier, João Farias, Ana Dias, Catarina Silva, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)



Introdução: Os autores pretendem apresentar um caso de diagnóstico e tratamento de uma infecção aguda, localizada ao nível do alvéolo correspondente ao dente 46 extraído há 2 anos, num doente com antecedentes de neoplasia da nasofaringe.

Caso clínico: D.F.S.S., paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, deixou de fumar há 15 anos, com história de carcinoma da nasofaringe há 6 anos, tendo sido submetido a radioterapia seguida de quimioterapia por via endovenosa. Compareceu à consulta do Mestrado de Cirurgia Oral da FMDUP no dia 18 de Fevereiro de 2013 referindo dor, associada a um edema da face com início há 4 dias. No exame clínico verificou-se um aumento dos gânglios linfáticos cervicais e sinais clínicos compatíveis com infecção aguda. No exame complementar de diagnóstico (ortopantomografia) foi possível observar um padrão osteolítico de reabsorção óssea na zona do alvéolo correspondente ao dente 46. O diagnóstico clínico foi de osteomielite em fase aguda. O tratamento definido contemplou três etapas. Numa primeira fase o paciente foi medicado com Clindamicina, 150 mg por via oral de 6/6 horas durante 15 dias. Decorridos 3 dias após o início da antibioterapia, o “pus” apresentava-se coletado, procedendo-se assim à drenagem cirúrgica. Passados 4 dias do procedimento anterior, foi realizada uma curetagem do alvéolo e o material recolhido enviado para análise histopatológica para despiste de possível metástase.

Discussão e conclusões: A osteomielite é uma condição inflamatória, geralmente de etiologia bacteriana, cujos microrganismos responsáveis mais comuns são os *Staphylococcus*, *Peptostreptococcus* e *Pseudomonas Aeruginosa*, entre outros. Os sintomas podem ser severos ou ligeiros, dependendo a sua duração de vários fatores, entre eles, virulência do patógeno, presença de doença subjacente e estado imunitário do indivíduo. Conclusão: O resultado da biópsia revelou tecido de granulação com lesões inflamatórias crónicas e trabéculas ósseas necrosadas, o que está de acordo com o diagnóstico de osteomielite crónica que agudizou. De momento o doente não apresenta sinais inflamatórios e vai ser seguido para controle de recorrências.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.127>

C-38. Osteíte Condensante - a propósito de um caso clínico



Hélia Garcês*, Ana Valente, Otilia Pereira Lopes, Germano Rocha, João Carvalho

Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade do Porto (FMDUP)

Introdução: A Osteíte Condensante caracteriza-se por uma densidade óssea aumentada, difusa ou bem definida, cuja esclerose é confinada aos limites do osso. A etiologia subjacente pode ser uma infecção ou irritação, ou um processo reparador após trauma e infecção. Clinicamente, é assintomática afetando pessoas de qualquer idade, com predileção pelo sexo feminino e a zona mais comumente afetada é a mandíbula, mas também pode afetar o maxilar superior, fémur, a tibia e o cotovelo. Radiologicamente, caracteriza-se por uma lesão radiopaca, associada a um dente restaurado ou sob trauma. A imagem radiológica mantém-se após extração do dente associado.

Caso clínico: Trata-se de um caso de um paciente, do género feminino, de 63 anos de idade, que compareceu à consulta de Patologia e Cirurgia Oral da FMDUP para tratamentos médico-dentários. A história médica não revelou patologias sistémicas associadas. No exame físico intraoral não foram observadas alterações relevantes. Aquando do exame radiográfico (ortopantomografia), observou-se uma lesão radiopaca na região do dente 35 e na região edêntula dos molares do 3º quadrante. Foram realizadas radiografias intraorais em incidência periapical e observou-se um espessamento do ligamento periodontal e integridade da lâmina dura dos dentes adjacentes às lesões. As características clínicas e radiográficas foram compatíveis com o diagnóstico inicial de osteíte condensante. Para esclarecimento de diagnóstico foi realizada uma Tomografia Computorizada (TC).

Discussão e conclusões: Na TC pôde-se observar um foco de osteocondensação periapical na localização do dente 35, mas também na zona edêntula dos molares do 3º quadrante. Não se verificou expansão da mandíbula, nem irregularidades das corticais, assim como outras alterações de densidade óssea mandibular, designadamente que sugerissem lesão osteolítica. É importante que se proceda ao diagnóstico diferencial com as seguintes patologias: displasia cimento-óssea periapical, osteoma, cimentoblastoma, osteoblastoma, hiper cementose e odontoma complexo. No caso clínico apresentado recomenda-se o tratamento etiológico do trauma oclusal nos dentes adjacentes às áreas de osteocondensação. As áreas de Osteíte Condensante não são muito extensas, pelo que a remoção cirúrgica através da biópsia não é recomendada. A exacerbação aguda de uma Osteíte Condensante pode acontecer, nesses casos o tratamento recomendado é conservador, nomeadamente antibioticoterapia nas fases agudas. O tratamento recomendado para a osteíte condensante é o controlo radiográfico. O tempo do controlo radiográfico e os intervalos entre exames não está definido e por isso varia de acordo com os critérios de cada Médico Dentista.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.128>

C-39. Anodontia infantil na displasia ectodérmica: caso clínico

